

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

444

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Jean CHAVAILLON

Né le 24 Août 1912, à Tours (Indre-et-Loire).

- 8 DEC 1944

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

DIAGNOSTIC PRÉCOCE

ET

TRAITEMENT DU CHANCRE PRÉ-INDURÉ

dans la Prophylaxie de la Syphilis

Président : M. BÉNARD, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, rue Deparcieux, 29

1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **CHAVAILLON.**

Prénoms : **Pierre-Jean.**

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

CHAVAILLON (Pierre-Jean). — Diagnostic précoce et traitement du chancre pré-induré dans la prophylaxie de la syphilis. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 48 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°.....).

CHAVAILLON (Pierre-Jean). — Diagnostic précoce et traitement du chancre pré-induré dans la prophylaxie de la syphilis. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 48 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°.....).

CHAVAILLON (Pierre-Jean). — Diagnostic précoce et traitement du chancre pré-induré dans la prophylaxie de la syphilis. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 48 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°.....).

CHAVAILLON (Pierre-Jean). — Diagnostic précoce et traitement du chancre pré-induré dans la prophylaxie de la syphilis. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 48 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°.....).

CHAYALON

Paris

le 20/05/1944

le 20/05/1944

(Les deux mentions sont complètes)

CHAYALON (Pierre-Jean)
Médicinal, pharmacien
dans la pharmacie
Paris - Paris, Imp. 12, rue
1944 m. 2, 18 p.
Médic. (E.), Paris
1944 m. 2, 18 p.

CHAYALON (Pierre-Jean)
Médicinal, pharmacien
dans la pharmacie
Paris - Paris, Imp. 12, rue
1944 m. 2, 18 p.
Médic. (E.), Paris
1944 m. 2, 18 p.

CHAYALON (Pierre-Jean)
Médicinal, pharmacien
dans la pharmacie
Paris - Paris, Imp. 12, rue
1944 m. 2, 18 p.
Médic. (E.), Paris
1944 m. 2, 18 p.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Jean CHAVAILLON

Né le 24 Août 1912, à Tours (Indre-et-Loire).

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

DIAGNOSTIC PRÉCOCE

ET

TRAITEMENT DU CHANCRE PRÉ-INDURÉ

dans la Prophylaxie de la Syphilis

Président : M. BÉNARD, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Justin BEZANÇON
Technique opératoire	MOULONGUET
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance....	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants.....	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
	BROCQ.
	QUENU.
Clinique ophtalmologique	MONDOR.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchement	LANTUEJOUL.
	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMBLINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAT	Pathologie médicale.
N.	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
N.	Hydrologie.	LAVIER	Parasitologie.
BONNET	Bactériologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BROUET	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CACHERA	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	RENARD	Ophthalmologie.
DEGREZ (H.)	Physique.	RICHET	Physiologie.
DESOILLE	Médecine légale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	SOULIE	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.		
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
LE LORIER	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale
BRULE	
CHEVALLIER ..	
LAROCHE Guy ..	
MOREAU	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
GATELLIER	
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	
MOULONGUET ..	

M.

ECALLE Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM.

LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE LE DOCTEUR OCTAVE CHAVAILLON

Professeur à l'Ecole de plein exercice de Médecine
et de Pharmacie de Tours

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1914-1918

*Qui m'a toujours donné l'exem-
ple du travail et m'a fourni ce
sujet de thèse. En reconnaissance
de ma grande affection.*

A MA MERE

*Qu'elle trouve ici l'expression
de ma profonde affection.*

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. BENARD

Professeur de Pathologie expérimentale et comparée
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Pour le grand honneur qu'il
nous fait en présidant notre
thèse.*

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUDEAU

Professeur à l'Ecole de plein exercice de Médecine
et de Pharmacie de Tours
Médecin Chef de l'Hôpital Général Bretonneau de Tours
Médecin Chef de l'Hôpital Gastien de Clocheville
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1914-1918

*Pour le bienveillant accueil
qu'il m'a toujours réservé dans
son service et dont l'exquise bon-
té pour ses élèves et ses malades
n'a d'égales que les qualités d'un
clinicien parfait. Hommages res-
pectueux.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS GUILLAUME

Directeur de l'Ecole de plein exercice de Médecine
et de Pharmacie de Tours
Professeur à l'Ecole de plein exercice de Médecine
et de Pharmacie de Tours
Chirurgien Chef de l'Hôpital Général Bretonneau
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Membre associé de l'Académie de Chirurgie
Commandeur de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1914-1918

*En remerciements de ses sincè-
res encouragements et de ses
conseils prodigués avec tant de
sympathie. Témoignage de ma
profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANTOINE VIALLE

Professeur à l'Ecole de plein exercice de Médecine
et de Pharmacie de Tours

Médecin Chef du Laboratoire de Bactériologie
de l'Hôpital Général Bretonneau

Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de gratitude et
de profond respect.*

A LA MEMOIRE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR ROY

Professeur de Clinique obstétricale
à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie
de Tours

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1914-1918

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DESBUQUOIS

Professeur de Thérapeutique à l'Ecole de plein exercice
de Médecine et de Pharmacie de Tours

Médecin Chef de service à l'Hôpital Général Bretonneau

Hommages reconnaissants.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. BARTHELEMY

Ancien Chef de Clinique à l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1914-1918

En remerciement de son amabilité et de la documentation qu'il a bien voulu nous adresser.

A TOUS MES PROFESSEURS

A TOUS LES CHEFS DE SERVICE

ET CHEFS DE CLINIQUES

de l'Hôpital Général Bretonneau qui ont été mes guides

Hommages reconnaissants.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE PHARMACIE
DE PARIS,

en particulier,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. FABRE

Professeur de Toxicologie

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Pour le bienveillant intérêt
qu'il m'a toujours témoigné.
Hommages de profonde reconnaissance.*

PLAN

- I — Avant-Propos.
 - II — Agent de la syphilis — *Treponema pallidum* — Morphologie — Biologie.
 - III — Technique de recherche du spirochète à la surface du chancre.
 - IV — Caractères généraux des chancres syphilitiques.
 - V — Le chancre pré-induré — Période pré-sérologique. — Observations.
 - VI — Traitement de la syphilis à la période pré-sérologique.
 - VII — Traitement prophylactique.
 - VIII — Lutte contre la syphilis — Répercussion au point de vue social.
 - IX — Conclusions et mise en évidence de l'importance d'un diagnostic précoce chez les prostituées.
 - X — Bibliographie.
-

AVANT-PROPOS

Ces lignes n'ont pas la prétention d'une étude détaillée sur la syphilis. Nous désirons, plus modestement, apporter, dans ces quelques pages, nos observations et notre avis sur le *dépistage*, le *traitement* et la *prophylaxie*, d'une maladie grave, surtout quand elle est ignorée ou diagnostiquée tardivement. Notre but c'est avant tout le « *dépistage précoce* » de cette affection à toute fin d'éviter de nouvelles contaminations et d'instituer toujours un traitement général énergique.

En effet, nous ne sommes plus au temps où RICORD écrivait, il y a quelque cent ans, dans son traité des maladies vénériennes « établissons, d'une manière absolue, que l'ulcère syphilitique primitif peut guérir fréquemment seul sans aucun secours » et il ajoutait plus loin « dans le chancre régulier, sans complication, le traitement local suffit... lorsqu'il est cicatrisé, que les tissus sur lesquels il siégeait sont complètement revenus à l'état normal, le malade peut, après quelques jours de guérison, se livrer à nouveau et sans crainte aux rapports sexuels. »

Ce dépistage précoce de la syphilis revêt un intérêt primordial et de haute portée sociale, en particulier chez les prostituées. Les lois et décrets actuels, notamment la loi du 31 décembre 1942, ont fort bien compris toute l'importance de cette question en multipliant les visites de contrôle avec les examens de laboratoire qui éclairent

le diagnostic en apportant une confirmation dans le cas où la clinique ne peut être affirmative.

Pour cette raison, en dehors des examens sérologiques réguliers pratiqués chez les prostituées à l'occasion des visites sanitaires, toute érosion constatée doit faire l'objet d'un examen approfondi, tant clinique que bactériologique.

C'est dans cet esprit que le contrôle des prostituées est dirigé dans le service de la Maison Neuve à l'Hospice Général Bretonneau de Tours, service dirigé par le Docteur CHAVAILLON qui nous a inspiré ce sujet de thèse. En présence de cas précis constatés, nous avons cru devoir les rapporter dans ce travail.

MORPHOLOGIE

DU TRÉPONÈME DE LA SYPHILIS

Pour ne pas prêter à confusion, il est nécessaire tout d'abord de faire une étude morphologique précise du tréponème pâle agent unique de l'affection que nous étudions.

Un grossissement de 1.000 à 1.200 diamètres est nécessaire pour faire un examen cytologique sérieux.

Le tréponème pâle « *treponema palidum* » se montre sous la forme d'un fin filament enroulé en spirale régulière autour d'un axe longitudinal se terminant par deux extrémités effilées. On le compare classiquement à un ressort à boudin (SCHAUDINN). *Cet enroulement en spirale régulière est la « caractéristique » du tréponème.*

Le corps constitué par l'ensemble des spires est « *rectiligne* ». Mais sa plasticité lui permet de subir toutes les déformations que lui impriment les masses cellulaires avoisinantes. C'est ainsi qu'il peut prendre la forme d'un U, d'un L, et même former une boucle complète, mais, libéré, le tréponème reprend sa forme rectiligne.

Sa longueur varie de 4 à 14 μ . Il a pourtant été décrit par PLOEGER des formes géantes allant jusqu'à 20 μ .

Sa largeur est difficile à mesurer tant elle est petite. Elle serait de l'ordre de 0,28 μ pour HOFMANN. « Le tréponème est donc un des plus minces spirochètes connus » (LEVADITI). « Il est plus mince encore que ses proches voisins en forme et en ténuité: sp. *Palidula* et sp. *dentium* » (JEANSELME).

Le tréponème est, en général, plus gros dans le foie des hérédo-syphilitiques que dans le chancre (KRIENITZ).

Le filament qui constitue le tréponème s'enroule régulièrement autour d'un axe longitudinal, les spires sont, d'après OPPENHEIM, « régulièrement enroulées à la partie médiane du corps microbien. Vers les extrémités, l'enroulement est d'habitude progressivement plus lâche, plus irrégulier, les spires sont moins profondes et finissent par une courte ligne droite. » Le nombre des spires serait variable et en rapport direct avec la longueur du tréponème, pour 12,5 : 14 spires, pour 14 : 17 spires. La longueur d'une spire serait ainsi de : 0,93 en moyenne.

En 1905, SCHAUDINN met en évidence, par une coloration des cils, un long flagelle à une des extrémités du parasite. « Chez le tréponème, c'est par une transition insensible que l'extrémité se transforme en cil terminal alors que chez le spirochète celui-ci se distingue nettement du corps microbien par un rétrécissement brusque de celui-ci. » (JEANSELME).

Il existe, pourtant, des formes atypiques, le plus souvent, ce sont des déformations plus ou moins considérables, plus ou moins durables. On les rencontre surtout dans les lésions syphilitiques anciennes et toutes les fois que le parasite est soumis à une action nocive.

Dans le cas de notre étude, ces formes sont excessivement rares car nous avons affaire à une lésion récente et ignorée, donc, en général, qui n'a pas été « mal traitée » par des pommades plus ou moins prophylactiques.

Pourtant, TOURAINE, LORTAT, JACOB et BOUR, insistent sur une cause d'erreur possible dans le diagnostic du tréponème par l'ultra-microscope. Ils avaient trouvé, chez une malade qui présentait un cancer syphiloïde de la vulve, de nombreux tréponèmes qu'une étude plus attentive leur a montré être du genre *treponema calligyrum*. Ce *treponema calligyrum* est toujours difficile à distinguer du tréponème pâle. Il est cependant plus

épais, ses spires sont régulières, mais plus espacées et moins nombreuses (6 à 8 seulement). Elles sont surtout plus profondes et donnent l'impression d'un ressort à boudin distendu. Ses mouvements sont identiques à ceux du tréponème pâle. Clément SIMON pense que ce *trepone*ma calligyrum se trouve de façon constante dans les végétations vénériennes et très fréquente dans l'herpes, de sorte qu'il convient d'être très prudent avant d'étiqueter accident syphilitique une lésion herpétiforme où l'ultra-microscope montre des microorganismes de ce genre.

Pour l'examen du tréponème vivant, le procédé de choix est l'ultra-microscope. Nous étudierons, ultérieurement, la technique de cet examen.

Le tréponème est un microbe mobile « Cette mobilité, dit JEANSELME, est un de ses caractères essentiels. » MILIAN ajoute: « Cette mobilité est tellement particulière qu'elle est un des principaux éléments qui permette de le reconnaître ». SCHAUDINN et HOFMANN les décrivent ainsi: « Ces mouvements à l'état vivant sont, pour le genre spirochète, de trois ordres caractéristiques par rapport aux spirilles: rotation sur son axe, glissement en avant ou en arrière, infléchissement de tout le corps. Tout ceci se passe sans que la régularité des spires ne soit modifiée. »

TECHNIQUE DE LA RECHERCHE DU SPIROCHÈTE A LA SURFACE DU CHANCRE

Première méthode:

On nettoie la surface du chancre au *coton sec*, puis on fait de *légères* scarifications, non au centre, mais au *bord* du chancre, de manière à provoquer une exudation *séreuse* (rosée). La sérosité aspirée au moyen d'une pipette effilée est diluée dans un peu de sérum physiologique, est recueillie sur une lame recouverte d'une lamelle, est examinée au microscope à fond noir avec objectif à immersion. La technique de cet examen est la suivante:

a) Adapter au microscope les objectifs voulus, un objectif faible pour le centrage et un objectif à immersion pour l'examen. Assurer l'éclairage. Il faut surtout, pour les appareils à lentilles condensatrices, effectuer le repérage exact. Pour cela, on utilise un banc optique donnant la place du microscope et de la lampe. On règle l'angle nécessaire pour le miroir et on met en place l'appareil à fond noir.

b) On met le diaphragme de l'appareil au centre de l'ouverture de la platine. On s'assure que le centre est éclairé nettement et uniformément.

c) La préparation est mise entre lame et lamelle. On l'examine, dans le cas qui nous intéresse, telle quelle en mettant une goutte d'huile de cèdre sur la lentille.

d) On met au point avec précaution en terminant avec la vis micrométrique. Sur le fond noir brillent des images lumineuses mobiles ou immobiles, le liquide présente des granulations animées de mouvements browniens. Il faut donc s'habituer à cet aspect normal de la préparation. Les spirochètes sont visibles à l'état brillant sur fond noir.

Deuxième méthode :

La méthode d'irritation est celle à laquelle nous nous sommes arrêtés. Elle consiste, comme l'a décrit JEAN-SELME, à irriter, par grattage, la surface de la plaie bien détergée. On provoque ainsi l'exudation d'une goutte de sérosité claire que l'on recueille avec le dos d'un grattoir ou d'une pipette et que l'on dépose directement sur la lame bien sèche. Si, au cours de ce grattage, une hémorragie se produisait, on étancherait le sang jusqu'à ce que, à sa place, se fasse l'exudation de sérosité recherchée. (Procédé de la rosée séreuse de Nicolas FAVRE et ANDRE).

Cependant, il est nécessaire, surtout dans le cas présent, de chercher à préciser les détails de la structure du tréponème pour établir un diagnostic précis, écarter toutes sortes d'erreurs et ne pas confondre avec les espèces voisines. Le tréponème sera mis en évidence, *soit par coloration, soit par mise en négatif à l'encre de Chine, soit enfin imprégné par un dépôt, à sa surface, d'argent réduit*, suivant les techniques habituelles du laboratoire, en particulier, le procédé de FONTANA, TRIBONDEAU, un des meilleurs. Il utilise, avant l'imprégnation à l'argent, un mordantage au tanin.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES CHANCRES SYPHILITIQUES

Le mot « *chancre induré* » est à lui seul une cause fréquente et grave d'erreur de diagnostic. *Un chancre syphilitique est, purement et simplement, une lésion génitale parfois extra-génitale, dans laquelle on trouve le spirochète de la syphilis. Le diagnostic se fait par l'examen bactériologique* et il faut prendre pour règle absolue de faire pratiquer celui-ci d'une manière immédiate chez tout malade présentant, soit une érosion, soit une ulcération génitale, sauf dans les seuls cas où il n'y a pas eu de contamination possible depuis deux mois. On sait que l'incubation du chancre syphilitique peut atteindre cette longue durée. (LEREDDE).

Le spirochète doit être recherché également au niveau de toutes les ulcérations extra-génitales persistantes qui s'accompagnent d'une adénopathie dure et indolente. Il faut également recommander à tout médecin qui constate une lésion génitale de s'abstenir, sans exception, de manœuvre pouvant modifier les caractères cliniques, avant d'avoir fait un examen bactériologique. On a vu souvent appliquer une pommade au calomel parfaitement inutile ou faire la cautérisation de ces ulcérations. Le résultat de ces manœuvres était toujours de retarder le diagnostic ainsi que le traitement.

Ceci a une *importance capitale* dans le cas où l'on fait une *recherche précoce « préhumoral »*. « Le tréponème, dit le Docteur R. BARTHELEMY, fuit en profondeur

comme un ver de terre alerté rentre dans son trou et l'ultra-microscope ne fait rien voir de suspect. »

Voici deux observations, à ce sujet, que M. le Docteur R. BARTHELEMY a eu l'amabilité de nous communiquer :

Première observation. — « En 1943, au cours d'une visite de contrôle dans une maison de prostitution, se présente une femme entrante, munie de son Wassermann négatif, de son résultat de frottis gono-négatif, mais porteuse, au bas de la grande lèvre droite, sur la surface cutanéopileuse, d'une minuscule érosion irrégulière, indolente et insignifiante, superficielle, à peine rougeâtre, non indurée, ni même « parcheminée » de base, et d'un diamètre inférieur à 3 millimètres. C'est peut-être une vague folliculite excoriée à la base d'un poil, ce n'est même pas une érosion herpétique solitaire, ni même une chancrelle naine, ni sans doute un chancre syphilitique atypique. Pourtant, mis en éveil par l'ombre d'un ganglion inguinal, j'envoie la femme à Saint-Louis, avec demande d'examen ultra-microscopique. Deux examens consécutifs sont faits. Tous deux sont négatifs. Je revois, deux jours plus tard, la malade « cicatrisée » malgré le grattage du prélèvement et n'ai plus aucune raison d'interdire le « travail ». Un mois plus tard, alors que j'ai changé de secteur de contrôle sans avoir revu la malade celle-ci — qui avait d'ailleurs quitté la maison — est l'objet, en dehors de ladite maison, d'une plainte en contamination. Amenée par la police spéciale à Saint-Lazare, est trouvée porteuse de deux chancres syphilitiques vulvaires.

Deuxième observation. — « En 1944, Mlle M..., 23 ans, est hospitalisée le 25 avril 1944, avec le diagnostic: érosion vulvaire.

Cliniquement: érosion de type herpétiforme de la grande lèvre droite, non indurée, avec adénopathie inguinale bilatérale, non caractéristique de syphilis primaire, légèrement douloureuse à droite. Deux examens ultra-microscopiques sont négatifs les 27 et 28 avril 1944. Le Wassermann est positif le 1^{er} mai 1944. »

A sa période d'éclosion, le chancre syphilitique commence par une petite *lésion érosive, arrondie, rouge, papuleuse, sans caractère, sans induration*. Cette érosion ne devient indurée, en général, qu'au bout de quatre ou cinq jours au moins. Le chancre ne prend sa forme typique qu'au bout de vingt jours environ. Ses caractéristiques sont alors, d'après M. le Professeur GOUGEROT : « lésion circonscrite, arrondie ou ovalaire (sauf déformation régionale par exemple au frein balano-préputial), surélevée, plate, érosive, exulcérée, non ulcérée au moins au début et sauf complication, propre, non suppurante, à peine suintante, *rose ou chair musculaire*, indurée, bords non décollés, lésion indolente, aphlegmasique, c'est-à-dire sans empâtement œdémateux, saignant lorsqu'on le frotte, suintant à peine quand on presse sa base et donnant de la sérosité ou du séro-pus, non-auto-inoculable. »

» Le chancre est, sauf rarissime exception, accompagné d'une adénopathie apparaissant le cinquième ou huitième jour du chancre, formée d'un ganglion unique ou d'une pléiade unilatérale ou bilatérale, de ganglions ordinairement ordonnés autour d'un ganglion plus gros. Ces ganglions sont gros, froids, indolents, durs, mobiles, non adhérents. »

(Comme forme clinique, nous considérerons également avec M. le Professeur GOUGEROT.

1°) *Le chancre papulo-érosif.*

Il est saillant, induré, plat, ou légèrement granuleux, rosé, à peine suintant.

2°) *Le chancre ecthymateux, ulcéro-croûteux.*

Lésion arrondie, saillante, infiltrée et indurée, recouverte d'une croûte brunâtre, incrustée dans la peau qui l'entoure. Tout autour, l'épiderme est rose et desquame.

Le début se fait par une papule et non par une pustule à la façon de l'ecthyma.

3°) *Le chancre ulcéreux.*

Il peut succéder aux deux variétés précédentes, d'aspect variable, nu ou recouvert d'une croûte, propre et rouge ou suppurant, mais ce qui le caractérise c'est que sa base est indurée, que l'ulcération est creusée dans l'infiltra chancreux et déborde par un ourlet induré. Enfin, qu'il s'accompagne d'une adénopathie régionale.

4°) *Le chancre pseudo-membraneux.*

Arrondi, saillant, exulcéré, à peine suintant, la surface est blanc jaunâtre, pseudo-membraneuse, limitée par un bord net, induré, rosé, non ulcéré.

5°) *Le chancre gangreneux.*

Donne des plaques noires dues à une surinfection par des anaérobies.

6°) *Le chancre hypertrophique.*

C'est un chancre géant, un chancre épithéliomateux, il forme toute une énorme papule arrondie ou ovalaire de 4 à 8 millimètres de diamètre, saillant de 3 à 10 millimètres, lisse, érodé, suintant; tantôt, ce chancre est tomentueux, simulant un kérion trichophytique, tantôt, il est papillomateux, simulant la tuberculose, tantôt, végétant simulant un cancer (à la verge, à la face).

7°) *Le chancre nain.*

A de 1 à 3 millimètres. Chancre « lenticulaire ». Tantôt, il a les caractères typiques du chancre syphilitique, tantôt, il ressemble à une simple petite érosion superficielle.

8°) Enfin, nous noterons, pour mémoire, le *chancre mixte*.

CHANCRE PRÉ-INDURÉ

A côté des formes que nous venons d'étudier, nettement caractérisées au point de vue clinique, il y a la *phase pré-indurée* du chancre syphilitique qui a retenu particulièrement notre attention, tant au point de vue de l'intérêt, pour le malade, d'une thérapeutique « *d'assaut* » qu'au point de vue social pour une prophylaxie efficace.

« L'induration du chancre syphilitique, écrit M. le Professeur R. BARTHELEMY, n'est pas absolument précoce. Souvent elle n'apparaît, et à des doigts exercés, qu'après plusieurs jours. Or, il est courant aujourd'hui, où les malades s'observent sur ce point bien mieux qu'autrefois, et c'est là une des victoires de l'instruction prophylactique du public, que des clients se présentent porteurs d'*érosions minimes et souples*, érosions jadis couramment inaperçues ou négligées, et qui, pourtant, représentent la graine infime d'où peut surgir l'arbre géant dont l'ombre maléfique obscurcira plus tard toute une vie peut-être même celle de toute une famille. »

Une érosion minime et souple, à l'air innocent, un « *bobo* » avec une réaction de Wassermann négative, voilà l'aspect courant du chancre syphilitique à sa phase *pré-indurée*, qui peut durer plusieurs jours, qui n'a pas de caractères propres, moins encore pathognomoniques et qui pourtant, si l'on y donne l'attention nécessaire, peut être éventée comme une mine bourrée et prête au ravage ». Et FOURNIER concluait: « Plutôt que de risquer un diagnostic à l'aventure, mieux vaut répondre à

son client : je ne suis pas fixé et je ne pourrai l'être que dans quelques jours. Il faut attendre. » Or, aujourd'hui, *nous ne devons pas attendre*. Il nous faut chercher le tréponème immédiatement. Si on ne le trouve pas après un premier prélèvement, que faut-il faire ? Appliquer une compresse d'eau bouillie et recommencer plusieurs prélèvements les jours suivants. En outre, quand il existe une adénopathie, même peu volumineuse, il faut faire, si l'examen microscopique n'a rien révélé, une ponction ganglionnaire. Pour cela, il est nécessaire d'avoir sous la main un matériel de qualité : seringue étanche, aiguille fine, aiguë et bien montée, eau physiologique. On fixe, de deux doigts de la main gauche, le ganglion. On ponctionne « sec » avec l'aiguille montée et, si l'aspiration ne donne pas assez de sang — ou de préférence dans tous les cas — on injecte quelques gouttes de sérum. On masse très légèrement et on aspire le liquide qui est déposé sur lame pour l'examen ultramicroscopique ou le frottis (Professeur GOUVEROT).

C'est ainsi que MM. DUMONT et J. DESRUELLES rapportent que, sur 301 cas de syphilis primaire observés chez des prostituées, 70 ont été diagnostiqués avant la positivité des réactions sérologiques.

C'est dans cet esprit et avec ces méthodes que sont examinées, trois fois par semaine, les femmes en carte et celles des maisons de tolérance, dans les services du Docteur O. CHAVAILLON, à l'hospice général Bretonneau de Tours. C'est là que nous avons recueilli, à l'appui de notre thèse, les observations qui vont suivre.

De plus, tous les examens bactériologiques ont été faits au laboratoire de l'hospice général par M. le Docteur A. VIALLE, Professeur de bactériologie à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Tours.

Première observation. — Madeleine B... (maison de tolérance) entrée le 13 janvier 1936 dans le service de la Maison

Neuve, Wassermann négatif le 14 janvier. Le 18 janvier, petite lésion suspecte au niveau de la fourchette périnéale, prélèvement direct donné présence de tréponèmes à l'ultra-microscope.

Traitement: Novar muthanol — sortie le 3 mars 1936 avec un Wassermann toujours négatif.

Deuxième observation. — Marie H... (femme en carte). Le 5 juin 1941, à la visite de contrôle, présente, à la partie supérieure du col de l'utérus, une ulcération d'aspect banal de 5 millimètres environ de diamètre. Pas d'adénopathie inguinale et un Wassermann négatif. Un prélèvement direct au niveau de l'ulcération révèle, à l'ultra-microscope, la présence de tréponèmes. Mise au traitement, elle reçoit, du 12 juin au 25 septembre 1941, 5 gr. 70 de novar et 15 injections de muthanol. Elle sort le 30 septembre 1941, son Wassermann étant toujours négatif.

Troisième observation. — Emilie B... femme M... (femme en carte). Cette femme, entrée dans le service de la Maison Neuve le 25 avril 1942, pour blénorrhagie, présentait à cette date un Wassermann négatif. Après traitement de l'affection gonococcique et réactivation suivie de trois prélèvements négatifs à l'urètre et au col, on remarque, le 14 mai, à l'orifice de l'urètre, une très légère ulcération suspecte. Pas d'adénopathie inguinale. Un prélèvement direct et un examen à l'ultra-microscope révèlent la présence de tréponèmes. Mise au traitement conjugué novar et bismuth, elle reçoit, du 14 mai au 7 juillet 1942, pour un poids de 47 kilos, 4 gr. 85 de novar et 15 injections de muthanol. Elle sort le 14 juillet avec un Wassermann négatif.

Quatrième observation. — Jeanne N..., femme C... (en carte). Le 25 juin 1942, à l'issue de la visite de contrôle, présente une petite ulcération, non indurée, à l'orifice de l'urètre. A la palpation, légère adénopathie inguinale. Le Wassermann est négatif. Un prélèvement direct fait avec toutes les précautions d'usage révèle à l'ultra-microscope, la présence de tréponèmes. Du 27

juin au 24 août 1942, cette malade reçoit 6 grammes de novar et 15 injections de muthanol. Elle sort le 3 septembre 1942 avec son Wassermann négatif.

Cinquième observation. — Yvonne B... (femme en carte) 25 ans. A la visite de contrôle, le 22 octobre 1942, on remarque, au niveau de l'orifice de l'urètre, un peu à droite, une ulcération de la grosseur d'un grain de mil, non indurée et non accompagnée d'adénopathie inguinale. Le Wassermann est négatif. La recherche du tréponème, après prélèvement direct, à l'examen ultra-microscope, est positive. De très nombreux tréponèmes sont observés. Cette femme, d'un poids de 55 kilos, reçoit, du 26 octobre au 8 décembre 1942, 4 gr. 50 de novar et 15 injections de muthanol. Elle s'évade du service de la Maison Neuve le 10 décembre 1942, reprise par la police elle est dirigée, le 12 décembre, sur le camp de Lalande à Monts (I.-et-L.) où son traitement a été terminé.

TRAITEMENT A LA PÉRIODE PRÉ-SÉROLOGIQUE

C'est alors que nous envisageons toute l'importance d'un diagnostic précoce *avant l'apparition d'une réaction sérologique positive*, car le pronostic de ces syphilis n'ayant jamais eu de Wassermann positif est incomparablement plus favorable. Voici du reste ce que dit M. le Professeur GOUGEROT: « Le diagnostic précoce du chancre a une importance plus grande encore qui résulte de la nécessité reconnue aujourd'hui de faire une thérapeutique d'urgence. En effet, il existe une très grande différence entre l'efficacité du traitement d'un chancre commencé avant le quinzième jour.

La période primaire devrait être divisée en deux périodes — l'une des quinze premiers jours du chancre, où la maladie est encore ou paraît localisée où tout au moins l'on ne peut pas déceler par les méthodes de laboratoire une généralisation vraie — et une deuxième période qui est cliniquement semblable à la première mais où la généralisation est évidente car la réaction de Wassermann apparaît progressivement vers le quinzième ou vingtième jour et, ce qui est plus important, les méthodes de laboratoire permettent de déceler l'envahissement profond des viscères particulièrement du système nerveux. NICOLAU de Bucarest, sur 51 porteurs de chancres, n'a-t-il pas trouvé 18 fois, soit 35 % des cas, l'envahissement précoce du système nerveux décelé par la ponc-

tion lombaire, longtemps avant la roséole et, dans les cas les plus précoces, vers le quinzième jour ?

Par conséquent, il y a un très grand intérêt pratique à faire un diagnostic d'urgence avant le quinzième jour de façon à faire une thérapeutique d'urgence; on a pu dire, avec raison, que le traitement du chancre syphilitique était de la « *médecine d'urgence* ». Il ne faut pas perdre vingt-quatre heures dans l'application du traitement presque toujours l'avenir du syphilitique dépend de la précocité et de l'intensité du premier traitement. »

Or, toutes nos malades avaient un Wassermann négatif et sont sorties du service après traitement sans que leur B.-W. n'ait eu le temps de passer à la positivité. « La demi-mesure, dans ce traitement, écrit le Docteur R. BARTHELEMY, y est une faute car elle condamne le sujet au régime antique de la syphilis naissante, soignée toute la vie, alors que l'énergique thérapeutique, même mesurée, stérilise, guérit définitivement cette syphilis débutante *avant sa diffusion et sans enracinement clinique* ».

Ici, le traitement « d'assaut » sera arséno-bismuthique. On commence par le 914 en intra-veineuse, 0,15, 0,30, trois jours plus tard, 0,45, trois jours plus tard, 0,60, cinq jours après, enfin, 0,75, puis 0,90 une fois par semaine. Certains auteurs (Docteur R. BARTHELEMY) préconisent de répéter cette dose maxima tous les quatre jours, pendant la deuxième semaine, et, tous les cinq jours, pendant les semaines suivantes.

Il est bon, avant la troisième injection, de refaire une séro-réaction, celle-ci, en effet, négative avant le début du traitement peut être, à ce moment, positive (crochet de Tzanck) ce qui montre que l'on n'est plus dans la phase strictement pré-humorale et que le traitement doit être institué en conséquence (SEZARY).

Pour les doses maxima à répéter, on ne donnera pas plus de 0,015 par kilo de poids de corps du malade. On

atteindra, pour la série, 6 à 7 grammes, ce qui correspond, en général, à 0,10 de 914 par kilo de poids. On prendra les précautions d'usage, le malade à jeun et absorption de quelques gouttes d'adrénaline avant l'injection.

Simultanément, on fait un traitement au bismuth en intra-musculaire, 15 injections d'une solution de bismuth à 0,13 de bismuth métal, une injection le même jour que les quatre premières intra-veineuses de 914. Ensuite, deux injections par semaine.

Cette méthode est utilisée dans le double but d'augmenter l'énergie et la vitesse du traitement et pour parer à une *arséno-résistance* possible, car il ne faut pas oublier que ce que nous cherchons c'est d'éviter à tout prix l'apparition d'un Wassermann positif. Si le malade est arséno-résistant, la période humorale apparaît, le B.-W. vire, et tout le fruit d'un traitement pré-humoral est perdu. L'association du bismuth et de l'arsenic évite ces échecs, et un examen de sang, fait périodiquement, toutes les semaines par exemple, indique une modification humorale possible. Généralement, en quatre à cinq jours, le chancre est cicatrisé.

Un mois après ce traitement, le B.-W. étant resté toujours négatif, nous ferons une série identique à la première, puis un mois de repos, et nous ferons alors appel au *traitement bismuthique seul*. Le malade recevra deux injections par semaine de bismuth insoluble (bismuthanol) en intra-musculaire. Dose totale : 2 grammes de bismuth. Puis trois semaines de repos et nouvelle cure de bismuth, nous ferons ainsi trois et même quatre cures si possible, espacées de trois semaines.

« Après un an, il nous paraît indiqué d'examiner le liquide céphalo-rachidien. L'examen précoce du liquide céphalo-rachidien par l'exploration qu'il nous permet de l'état des centres nerveux est, en effet, le seul moyen capable de nous montrer si la stérilisation est complète

et s'il ne persiste pas, dans les centres nerveux, des germes de lésions qui, se développant ultérieurement, aboutiront au tabès ou à la paralysie générale. On n'a pas le droit de déclarer le malade guéri sur les seules données de l'examen clinique et sur la réaction sanguine. Comme l'a montré RAVALT, l'examen du liquide céphalo-rachidien permet seul d'apprécier complètement l'action du traitement. »

« Les anomalies du liquide céphalo-rachidien sont rares au cours de la syphilis primaire pré-humorale. Nous n'en devons pas moins vérifier leur absence après le traitement. » (SEZARY).

Dans tous les cas, le malade sera ensuite soumis à une *surveillance clinique et sérologique prolongée*. De plus, un traitement de consolidation, fait pendant un an seulement, est préconisé par le Docteur SEZARY. Nous préférons, par prudence, traiter nos malades pendant trois ans comme dans le cas de syphilis à réaction humorale déclarée.

Il paraîtra surprenant, pour beaucoup, de nous voir proposer un traitement ainsi prolongé de quatre années quand les Maîtres en la matière ne préconisent qu'une seule année de traitement de consolidation ! Il ne faut pas oublier que ce traitement s'adresse surtout aux prostituées et que deux années supplémentaires sont pour nous à la fois un *traitement de consolidation et un traitement prophylactique* comme le préconisait LEVADITI avec sa méthode de « métallo-prévention » que nous allons envisager un peu plus loin.

Le traitement durera donc quatre ans en tout, cinq cures la deuxième année, quatre cures la troisième année, quatre cures la quatrième année. On utilisera, suivant les préférences personnelles, le bismuth seul ou associé à l'arsenic ou au mercure. Nous surveillerons toujours attentivement, pendant ce traitement, l'état gingive dentaire et les urines de nos malades.

En même temps que le traitement général, on peut faire, pendant quelques jours, un traitement local. Tout d'abord, on utilise les précautions d'hygiène courantes et élémentaires. Pour les chancres des voies génitales, chez la femme, injections au permanganate de potasse, liqueur de Labarraque. Si possible, appliquer une pommade au calomel. Pour toute autre localisation, nettoyer au liquide de Dakin ou à l'eau de Dalibour forte et application de pommade au calomel. Isolement de l'ulcération à l'aide de compresse stérile remplacée chaque jour. Usage de linge personnel et lavé à part bien entendu.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE LA SYPHILIS

Nous considérerons trois types de traitement prophylactique :

- a) Prophylaxie locale,
- b) Préservation *per os*,
- c) Métallo-prévention.

1° Nous n'insisterons pas particulièrement sur le premier de ces types de traitement, bien connus, utilisant des pommades à base de calomel qui ont donné de bons résultats si la méthode est bien maniée, mais souvent des résultats trompeurs en prolongeant la période d'incubation du chancre ou en donnant une syphilis décapitée.

2°) L'administration *per os* de dérivés arsenicaux retiendront davantage notre attention.

FOURNIER, YOVANOVITCH, ont soumis au traitement, par le *stovarsol*, 50 sujets ayant eu des rapports avec des malades contagieux (premier jour, 0 gr. 75, deuxième et troisième jour, 1 gr. de *stovarsol*). Puis après un repos de deux à trois jours, on répète une cure analogue. Tous les malades furent suivis cliniquement et sérologiquement pendant deux ans et ne présentèrent pas de signes de syphilis, un échec fut constaté.

Par cette méthode, il y a incontestablement des succès, tel celui signalé par M. le Professeur GOUGEROT

dans un article du *Concours Médical* en ces termes: « Un de nos malades effrayé après l'aventure qui devait l'infecter n'avait plus eu de risques de contagion et il avait avalé 1 gr. de 190 par jour pendant dix jours. Ce traitement échoua mais le chancre dont il surveillait anxieusement l'éclosion à la loupe n'apparut que le 75^e jour, dura huit jours, le tréponème ne fut trouvé que le sixième jour. Le Bordet-Wassermann était encore négatif. »

Quoi qu'il en soit, « nul doute ne saurait subsister quant à l'efficacité et à l'opportunité de l'utilisation de stovarsol et de ses succédanés comme prophylactiques anti-syphilitiques. » (J. LEVY).

3°) Quant à la *Métallo-prévention* de LEVADITI, elle retiendra tout particulièrement notre attention. Par ce terme, il désigne l'état réfractaire que confère à l'organisme réceptif l'administration par voie parentérale de métaux tels que le tellure, le bismuth, l'or, le mercure. Ces métaux, contrairement aux dérivés arsenicaux, s'éliminent lentement et assurent de la sorte un état d'imprégnation métallique dont l'efficacité virulicide se manifeste aussi longtemps que cette imprégnation atteint un taux déterminé et se maintient à ce niveau.

Le bismuth administré sous forme de sel insoluble confère un état anti-syphilitique durable, appréciable, pendant au moins 152 jours, c'est-à-dire, aussi longtemps que le potentiel bismuthique rénal, expression numérique de la réserve en bismuth élément des tissus, se maintient aux environs de 32 centigrammes.

Les sels de bismuth les plus actifs sont les sels insolubles. Ce qu'il faut donc obtenir, c'est maintenir l'organisme sous une « *pression bismuthique* » suffisamment élevée.

LEVADITI rapporte les résultats obtenus par SONNENBERG sur 110 prostituées de la ville de Lodz. SONNENBERG fait une injection hebdomadaire de 1 centimètre cube

d'une solution liposoluble de bismuth. Sur 110 prostituées saines, 60 ont suivi le traitement préventif. De 1926 à 1929, parmi les 50 femmes non traitées, 20 avaient contracté la syphilis. Sur les 60 traitées, 5 seulement ont été contaminées. Sur les 5 femmes, 1 a été contaminée à la troisième injection, c'est-à-dire à une époque où l'imprégnation était insuffisante. Dans les 4 autres cas, l'infection a eu lieu alors que les intéressées avaient cessé, depuis plusieurs mois, (3-4-5) le traitement.

De 1927 à 1930, 160 prostituées ont été traitées préventivement. 7 seulement ont été contaminées, toutes au début du traitement.

LEVADITI conclut: « *La bismutho-prévention* » est une arme capable, si elle était bien employée et parfaitement dirigée, d'empêcher la propagation de la syphilis et, peut-être, d'exterminer à tout jamais le fléau syphilitique. Mais, pour qu'un tel rêve puisse se réaliser (et il est réalisable, j'en ai la ferme conviction), il faudrait que les pouvoirs publics, les syphiligraphes et les hygiénistes, eussent la foi dans nos méthodes de prophylaxie et, en particulier, dans la métallop-révention de la syphilis. C'est là le nœud de la question. Or, souvent, un regrettable et incompréhensible scepticisme règne dans ce domaine comme d'ailleurs dans bien d'autres branches de l'hygiène préventive. Contre un pareil scepticisme, la science expérimentale ne peut rien. Après avoir dit son mot, il ne lui reste que la consolation d'avoir bien accompli sa tâche. Seule une propagande persévérante pourrait remédier à cette indifférence. Si elle réussissait, nos efforts n'auraient pas été vains. »

LEPINAY fait, pendant deux ans, à Casablanca, des expériences de métallop-révention sur 40 prostituées. Une injection tous les 15 jours. Après deux ans, 38 femmes étaient indemnes de syphilis, 2 avaient présenté des chancres.

Dans un article sur la prophylaxie de la syphilis, M. le Professeur GOUGEROT concluait en ces termes: « Malgré les objections et les imperfections qui doivent entrer en considération pour décider l'utilité d'un traitement prophylactique, celui-ci rendra de grands services dans nombre de circonstances et évitera des syphilisations autrefois fatales. C'est pourquoi ces traitements prophylactiques doivent être vulgarisés dans le grand public et mieux connus de nos confrères praticiens mais en insistant sur les indications et obligations, sur les techniques et surveillances qu'ils exigent. *En effet, mieux vaut ne pas faire de traitements prophylactiques que de les faire mal.*

LUTTE CONTRE LA SYPHILIS

La syphilis a montré une recrudescence redoutable dans les périodes bouleversées et pendant les guerres. Il est donc normal que les pouvoirs publics aient pris des mesures énergiques contre le fléau. En effet, on enregistrait, en 1939, 60.000 cas par an. « La meilleure prophylaxie de la syphilis est, dit-on, de ne pas s'y exposer ». Cette théorie, parfaite en principe, s'avère assez inefficace en pratique, aussi les pouvoirs publics, éclairés de conseils médicaux compétents et plus réalistes, s'efforceront de lutter contre le mal, d'une part, en multipliant les dispensaires et les laboratoires, d'autre part, en édictant un certain nombre de lois et de décrets de plus en plus sévères.

La loi du 3 août 1930 a consacré « l'existence légale » de certaines organisations anti-vénériennes, portant approbation d'un arrangement international relatif aux facilités données aux marins du commerce pour le traitement de la syphilis.

Le décret-loi du 30 octobre 1935 a étendu les mesures précédentes à tous les services anti-vénériens du territoire.

Le décret du 25 février 1943 crée un cadre de médecins consultants régionaux de vénéréologie qui ont pour mission d'intensifier la lutte contre les affections vénériennes.

L'étape actuelle va beaucoup plus loin, *la loi du 31 décembre 1942 contient les dispositions suivantes:*

Le médecin qui diagnostique une maladie vénérienne contagieuse ou susceptible de le redevenir doit aviser son client de ce que le traitement est *obligatoire*. De plus, le médecin doit faire une déclaration, soit *simple*, c'est-à-dire ne comportant que le diagnostic sans le nom du malade, soit *nominale*, c'est-à-dire avec diagnostic et nom du malade. Cette dernière déclaration est faite dans les cas suivants :

1°) Lorsque le malade se refuse à commencer ou à poursuivre un traitement.

2°) Lorsque le malade s'adonne à la prostitution.

3°) Lorsque, par sa profession ou par son genre de vie, le malade fait courir à de tierces personnes un risque grave de contamination.

Il va sans dire que l'application de cette loi ne va pas sans difficulté pour le médecin qui désire respecter les règles traditionnelles de l'exercice de la médecine « Après tout, dit M. le Docteur R. BARTHELEMY, ne s'agit-il pas ici de la plus grave, de la plus haute mission médicale ? Le médecin peut-il, s'il est homme, se défendre d'un frisson au moment d'engager le sort d'un autre homme et de prévoir ou de redouter, au delà, tous les dangers sociaux de la contagion et de l'hérédité ?

Si on se laisse aller à une telle faiblesse, dans ces lignes, c'est pour rappeler au confrère, à l'étudiant d'aujourd'hui, que ce serait, pour eux, une défaillance de traiter à la légère un des problèmes vitaux de leur race. »

CONCLUSIONS

En résumé, nous pouvons et devons répéter :

1°) Faire un *diagnostic précoce du chancre pré-induré à la période pré-sérologique*. On ne doit jamais admettre, sans un examen rigoureux, la solution trop facile d'une écorchure, d'un herpès, « le piège au chancre ». disait A. FOURNIER. « On doit tout tenter pour enlever au patient et s'enlever à soi-même toute arrière-pensée sur une syphilis probable. » *C'est à l'époque où cette syphilis est la plus anodine qu'il faut à tous prix la dépister.* Le chancre pré-induré n'est pas encore, à cette période pré-sérologique, la belle érosion bien ronde, bien régulière, unie, de couleur chair musculaire, indurée à sa base et accompagnée d'un ganglion satellite. *C'est une simple érosion insignifiante, « un moins que rien », mais déjà contagieux.*

Le diagnostic précoce du chancre pré-induré sera donc *uniquement bactériologique et non clinique*. Il doit être répété *chaque jour* si le premier examen a été négatif jusqu'à l'assurance du résultat, car il ne faut pas oublier, comme nous l'avons montré par deux observations, que le tréponème peut, sous l'influence de soins de toilette assidus ou d'applications médicamenteuses, disparaître momentanément. De plus, faire systématiquement des Wassermann pour surveiller les réactions sérologiques.

En un mot, recherches attentives, minutieuses, répétées, tel doit être le programme d'un médecin digne de ce nom, et dont l'esprit en éveil devra savoir guider un examen souvent délicat.

Où peut être cette érosion source de tant de soucis pour le malade et le praticien ? Elle peut être *n'importe où*. Il faut examiner et déplier toutes les muqueuses ; muqueuses vaginale, anale, col utérin, grandes lèvres, en particulier, sans oublier la bouche, la langue, les amygdales, pour ne parler que des « gîtes » les plus probables du chancre.

2°) Le *traitement* sera :

a) *Précoce* : Dès la certitude du diagnostic, ne pas perdre un jour, c'est un traitement d'urgence, car, autant on peut espérer la guérison définitive d'une syphilis prise avant sa période sérologique et dont le Wassermann ne devient jamais positif, autant on peut être réservé sur l'avenir d'un syphilitique traité tardivement.

b) *Intense* : Il le sera autant que le permettra la tolérance du malade ou sa résistance. Les faibles doses risquent de réactiver les lésions sans mettre, pour cela, à l'abri d'intolérances médicamenteuses, toujours désastreuses, car elles font perdre du temps et un beau jour le Wassermann devient positif, chose que l'on voulait éviter à tout prix.

c) *Continu et prolongé* : 4 ans de traitement et cures espacées de trois semaines la première année, car les longs arrêts entre chaque cure sont souvent des causes de chimio-résistance ou de récidence.

d) *Pluri-médicamenteux* : Surtout, pour les deux premières cures, association du bismuth et de l'arsenic, les résistances pluri-médicamenteuses étant très rares.

e) *Adapté à chaque cas particulier* : Aux réactions du

malade qui sera très minutieusement surveillé, examiné et interrogé avant chaque injection.

f) *Le résultat du traitement* sera vérifié minutieusement par un examen clinique du malade et par des B.-W. faits périodiquement avec le sang, voire même avec le liquide céphalo-rachidien.

g) Bien mettre dans la tête du malade qu'il devra, après ces quatre ans de traitement, être examiné tous les ans, même avec un Wassermann n'ayant jamais positif.

3°) *Portée sociale et prophylactique de cette méthode de dépistage de la syphilis.*

Il est évident que cette méthode de dépistage de la syphilis a une importance *énorme* dans la prophylaxie de cette maladie. Malheureusement, elle ne peut être vraiment efficace que sur des individus examinés périodiquement et complètement par un médecin ou sur des malades qui, s'observant minutieusement, viennent voir le praticien à la première alerte, même la plus insignifiante. Hélas, ces derniers ne sont pas nombreux. Aussi, cette méthode s'adresse donc, en premier lieu, à la surveillance des prostituées qui passent régulièrement une visite médicale, trois fois par semaine. Que de contaminations évitées à partir du jour où, malgré un Wassermann négatif, le médecin aura découvert une lésion minime que le microscope, manié par un spécialiste, dénoncera être bourré de tréponèmes pâles; que de jours gagnés avant que ce chancre pré-induré devienne un chancre type et que le B.-W. à son tour revienne au laboratoire avec la petite mention de ++++. On a peut-être gagné trois, quatre jours, huit jours peut-être et c'est là la plus belle récompense que l'on a de sa peine.

4°) Enfin, selon le vieil adage mieux vaut prévenir que guérir, nous insisterons, en terminant ces lignes,

sur le traitement prophylactique et surtout sur la métallo-prévention qui peut fort bien être appliquée chez les prostituées à l'occasion un traitement de consolidation prolongé.

Vu,
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu,
Le Président de Thèse:
BENARD

Vu et Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

BARTHELEMY (R.). — Les petits chancres syphilitiques. (*Bulletin Médical*, 15 sept. 1943, n° 18).

— Phase pré-indurée du chancre syphilitique. (*Concours Médical*, p. 635).

BESANÇON (F.) et PHILIBERT (A.). — Précis de Pathologie Médicale, tome II. — Maladies infectieuses (2^e partie). — Syphilis, p. 45 (Masson, édit.).

CARLE (M.). — Syphilis période primaire. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 12042).

DARIER, SABOURAUD, GOUGEROT, MILIAN, PAUTRIER, RAVAUULT, SEZARY, SIMON (Clément). — *Nouvelles pratiques dermatologiques*, tome II. (Masson, édit., 1936).

DEFOUG (G.). — La prophylaxie et la lutte contre les maladies vénériennes. (*Gazette médicale de France*, avril 1944)

DEGOS (R.). — La syphilis acquise et héréditaire. (Maloine éditeur).

DOPTER (Ch.) et SACQUEPEE (E.). — Précis de bactériologie. (Baillièrre, édit.).

GOUGEROT (H.). — Traitement de la syphilis en clientèle. (Maloine, édit.).

— Traitement anti-syphilitique prophylactique. (*Concours Médical*, 14-5-IV, 36 p. 1034, 1033).

JEANSELME (Ed.). — Traité de la syphilis (Doin, édit., 1931).

- KRIENITZ (Cité par JEANSELME). — Centralb. F. Bacter. 1 Abt. Orig. Bl X L II n  1 p. 43.
- LEREDD. — Domaine, traitement, prophylaxie de la syphilis (Maloine,  dit.).
- LEVADITI. — Prophylaxie de la Syphilis (Maloine,  dit.).
- LEVY (G.). — Prophylaxie de la Syphilis. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 3.023, supplément p. 6).
- OPPENHEIM (M.) et SACHS (O.) (Cité par JEANSELME). — (Wiener Klin Voch. XVII, n  45, p. 1177, 9 nov. 1905).
- PLOEGER (H.). (Cité par JEANSELME). — (*Munche Med. Voch.* 18 juillet 1905, n  29).
- RICORD. — Traité pratique des maladies vénériennes. (Edit. Librairie des Sciences Médicales, Paris, 1838).
- SCHAUDINN (F.) (Cité par JEANSELME). — (*Dutche méd. Voch.* 19 oct. 1905, n  42, p. 1665).
- SEZARY (A.) et HAROWIT (A.). — Traitement de la syphilis. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 3.022, 3.023).
- TOURAINE, LORTAT, JACOB et BOUR. — Société française de Dermatologie 1938. (*Le Monde Médical*, 15 mars 1939, p. 378, n  spécial les nouveautés de 1938).